



## DEKLARACJA CZŁONKOWSKA

Imię i Nazwisko: ..... Data urodzenia: .....

Seria i nr dowodu tożsamości: ..... PESEL: .....

Adres zameldowania /adres do korespondencji\*/: .....

Tel. kontaktowy: ..... E-mail: .....

Stopień/tytuł naukowy: .....

Jestem w trakcie studiów: magisterskich/doktoranckich/inne (jakie?)\* .....

Jestem\*\*\*  Uczestnikiem kursu Terapii Manualnej wg standardów IFOMPT

Absolwentem kursu Terapii Manualnej wg standardów IFOMPT  
Nr certyfikatu MTI.....

### Deklaruję wstąpienie do Stowarzyszenia NOMPT Polska

oraz\*\*\*

oświadczam, że zapoznałam/em się i akceptuję Statut Stowarzyszenia NOMPT Polska

deklaruje płacić składkę członkowską ustaloną przez władze statutowe Stowarzyszenia NOMPT Polska (Członkowie pełni - Absolwenci kursu MTI – 100zł/rok, Członkowie zwyczajni - Uczestnicy kursów – 80zł/rok)

wyrażam zgodę na przechowywanie i przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w niniejszej Deklaracji na potrzeby realizacji celów statutowych Stowarzyszenia NOMPT Polska zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. Nr 133 poz. 883)

oświadczam, że zapoznałam/em się z Konstytucją i Kodeksem Postępowania IFOMPT i deklaruje przestrzegać praw i konstytucji tej Federacji

**Data:** .....

**Podpis:** .....

Uzupełnioną i podpisaną deklarację proszę przesłać na adres:

Stowarzyszenie NOMPT Polska, ul. Raciborska 17/64, 30-384 Kraków

Dane kontaktowe: Paweł Wójcik, Członek Zarządu ds. organizacyjnych Stowarzyszenia NOMPT Polska, tel.: 605999769, e-mail: nomtpolska@gmail.com

Dane do przelewu: Stowarzyszenie NOMPT Polska, ul. Nowy Świat 33b/9, 44-100 Gliwice

Konto bankowe: BGŻ BNP Paribas 58 2030 0045 1110 0000 0326 7670

\* Proszę wpisać jeśli inny niż adres zameldowania

\*\* Proszę podkreślić właściwe

\*\*\* Proszę zaznaczyć krzyżykiem (X) odpowiednie pola